

障害保健福祉総合研究事業

精神障害者の自傷他害行為への対応と、その防止に関する

医療体制等の整備に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者	山上 皓	(東京医科歯科大学難治疾患研究所)
分担研究者	箕 淳夫	(国立保健医療科学院施設科学部)
分担研究者	山上 皓	(東京医科歯科大学難治疾患研究所)
分担研究者	加藤久雄	(慶應義塾大学法学部)

目 次

I 総括研究報告

- 精神障害者の自傷他害行為への対応と、
その防止に関する医療体制等の整備に関する研究 1
山上 皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所

II 分担研究報告

1. 自傷他害行為を示す精神障害者に対する治療活動の実態と
その改善策についての研究 4
山上 皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所
- 1) 第3回触法精神障害者処遇実務研究会 報告 6
(熊本県立こころの医療センター)
- 2) 第2回司法精神医学ワークショップ 報告 53
(東京医科歯科大学 湯島キャンパス)
2. 自傷他害行為を示す精神障害者の治療環境の改善に必要な
法整備についての研究 76
加藤久雄 慶應義塾大学法学部
- 1) ルドルフ・エッグ教授(エルランゲン・ニュルンベルグ大学) 講演 78
- 2) ドイツにおける触法精神障害者に対する刑事治療処分と司法精神医学教育
システムについて ーネドピル教授の講演原稿を中心にしてー 88
3. 自傷他害行為を示す精神障害者の治療環境整備のあり方についての研究 103
箕 淳夫 国立保健医療科学院施設科学部

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総括研究報告書

精神障害者の自傷他害行為への対応と、その防止に関する医療体制等の整備に関する研究

主任研究者 山上 皓 東京医科歯科大学・難治疾患研究所

研究要旨：精神障害者により重大な自傷他害行為への対応と、その防止策のあり方を明らかにする目的で、臨床精神医学的・司法精神医学的視点と、法学的視点及び建築学的視点の三方向から、総合的な調査研究を行った。

この課題については論議が錯綜しやすいことから、平成13年度は幅広く意見の交換を図り、関係者間のコンセンサスづくりに貢献することを目指し、海外の専門家を含む関係者に幅広く呼びかけて、様々な角度からの合同検討会を開催し、また、この領域の先進国であるイギリスの施設を視察して、我が国が取り入れるべき施策について検討し、成果を得た。

平成14年度は、前年度の研究成果を基に、各研究犯の研究協力者がそれぞれの領域において、触法精神障害者のための専門処遇制度・施設の必要性を広く社会に訴え、国民的コンセンサス作りに努めるとともに、前年度に着手した研究を継続発展させ、「心神喪失者医療観察法」の制定後に備えて、司法精神医療実践の上で重要性を持つと思われる諸課題への取り組みを進め、それぞれに貴重な成果を得た。

分担研究者氏名

山上皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所
加藤久雄 慶應義塾大学法学部
笈淳夫 国立保健医療科学院

A 研究目的

欧米諸国はいずれも、重大な犯罪行為を行った精神障害者のための専門治療施設を備えているが、そのような制度や施設が存在しない我が国においては、重大な犯罪行為を行った精神障害者も単に「自傷他害の危険性」を有する患者の一人として、一般精神科医療の中で処遇されることになる。

しかし、制度や施設の不備のもと、治療の現場には様々な困難が生じている。欧米諸国の司法精神医療の今日的関心は、今や司法患者の社会復帰の推進と、彼らに対する外来・地域医療サービスの充実に向けられてきている現状を見ると、我が国においても早急に司法精神医療の確立を計る必要がある。

本研究の目的は、まず、我が国の精神科医療において、自傷他害行為を起こした患者が現実にもどの様に処遇されているか、その実態と問題点を明らかにするとともに向けられる。その上で、その改善策を、実際に困難な治療に取り組む精神科医の視点と、触法精神障害者に対する司法処分制度等について熟知する法律家の視点、および特殊な専門医療施設の建築構造と環境整備に詳しい専門家の視点の、三つの視点から総合的に検討し、我が国の精神医療体制の改善を図るとともに、我が国の司法精神医療の確立を目指そうとするものである。

B 研究方法

研究方法は、平成 13 年度に引き続き、

- (1)事例研究を通して、自傷他害行為を示す精神障害者のおかれている現状を明らかにし、その治療・処遇上の改善策を検討し（分担研究 1）、
- (2)諸外国の法制度を調査して、我が国における法整備と、司法精神医学教育のあり方を検討し（分担研究 2）、
- (3)国内外の専門治療施設を調査して、我が国における司法精神医療専門施設の建築構造・環境整備、管理・運営のあり方について検討を加え（分担研究 3）た。

B-1

山上研究班は、触法精神障害者の専門的治療の試みを行っている熊本県立こころの医療センター（花輪昭太郎院長）において、同院及び地域の司法及び精神保健関係者に加え、全国各地から多数の精神科医を集め、事例研究会を行い、治療・処遇のありかたについて検討を行った。

また、新たな法制度の施行に備え、全国の精神科医に呼びかけて司法精神医学ワークショップを開催し、精神鑑定や、処遇判定に際してのリスク評価の在り方などについての研究・研修会を開催した。

B-2

加藤研究班は、医事刑法研究会を組織して諸外国の法制度とその運用の実態を調査して、我が国における法整備のあり方を検討した。

B-3

寛研究班は、平成 13 年度に行った国内外における触法精神障害者処遇施設の調査結果を基に、新たな法制度施行後に必要とされる、我が国初の司法精神医療施設のモデルプランを作成した。

C 研究結果と考察

C-1 山上研究班

- ①熊本での事例研究会には、九州および中国地方の各県より多くの精神科医が参加した。各地に、通常精神科医療では対応しきれない、自傷他害行為を繰り返す事例が数多くみられること、
- ②精神科医療の現場では、事故や再犯が予期されるような場合でも、制度や施設、マンパワーなどの不足によって、それを予防できないような事態が生じており、我が国も欧米諸国と同様の専門的治療制度・施設の整備が必要であること、などが、あらためて確認された。
- ③新法制度施行に備え、全国の精神科医に呼びかけて開催した司法精神医学ワークショップには、150人ほどの精神科医が参加し、精神鑑定や、触法精神障害者処遇におけるリスク評価などの在り方について、論議が深められた。

C-2 加藤研究班

①医事刑法研究会を開催し、その際にドイツの司法精神医学者を招いて論議を深めた。ミュンヘン大学のネドビル教授は、ドイツにおける司法精神医学教育システムのあり方について論じ、エッグ教授は人格障害者に対するドイツの社会治療処分について論じた。

②分担研究者加藤久雄は、ドイツにおける触法精神障害者処遇制度及びその運用の実態調査に基づいて、我が国における新たな処遇制度のあり方について研究を行った。

C-3 寛研究班

算研究班では、平成 13 年度に作成したガイドラインをたたき台として、精神科医の意見を求めてさらに検討を重ねた結果、いくつかの旧ガイドラインの問題点を整理することができた。

特に人員配置の計画条件を改めて詳細に検討すると、日勤帯における看護職員がかなりの数に上ることが想定されるために、計画全体をもう一度考え直すきっかけとなった。すなわち、仮に 1:1.5 の看護職を付けた場合には 2:1 の配置に比べておよそ 4~5 倍の人員配置となると考えられる（夜勤体制の組み方によって変わってくるので詳細な検討は別途必要であるが）。すなわち、いままでの病棟における看護の仕方とは目の配り方、手のかけ方が大きく変わってくるものとなろう。

そうした中での施設計画においては、いままで実現出来なかった様々な建築空間の創造が可能になるものと思われる。

D 結論

以上の研究より、制度面においては、

①我が国においても、触法精神障害者の専門的治療制度・施設を早急に確立する必要があること、

②新たな処遇制度の円滑な導入のためには、精神科医はじめ治療スタッフの教育システムの確立が重要であること、

③司法精神医療の確立には、人格障害の治療法や、厳密なリスク評価法等についての習得が必要だが、これについては欧米諸国に長年に亘る蓄積があり、比較的容易に導入可能であること、

などを明らかにし、また、施設面においては、

④専門医療施設の構造は、そこで行われる治療、看護活動の質によっても変わるべきものであること、

⑤新たな治療施設の導入に際しては、看護スタッフの数が倍増し、そこでは様々な治療プログラムが組み込まれることが想定されること、などを明らかにして、

その想定のもとに、一つのモデルプログラムを提示した。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

精神障害者の自傷他害行為への対応と、その防止に関する医療体制等の整備に関する研究
自傷他害行為を示す精神障害者に対する治療活動の実態とその改善策についての研究

分担研究者 山上 皓 東京医科歯科大学 難治疾患研究所

研究協力者

岡江 晃	京都府立洛南病院
花輪昭太郎	熊本県立こころの医療センター
二宮 英彰	福岡県立精神医療センター太宰府病院
堀 彰	栃木県立岡本台病院
武井 満	群馬県立精神医療センター
長尾 卓夫	高岡病院長
浅井 邦彦	浅井病院長
岡田 幸之	東京医科歯科大学 難治疾患研究所
黒田 治	八王子医療刑務所
五十嵐禎二	東京都精神医学総合研究所

平成13年度の、群馬県立精神医療センターと福岡県立精神医療センター太宰府病院における二度に亘る研究会に引き続き、平成14年度は、熊本県立こころの医療センターにおいて、大規模な触法精神障害者処遇実務研究会を開催した。この研究会には、九州各県からはもとより、中国地方の各県、静岡などからも精神科医の自発的参加が見られた。

平成14年11月には、「心神喪失者等医療観察法」の施行に備え、全国の精神科医に呼びかけて、司法精神医学ワークショップを開催した。そこには、司法精神医学・医療の世界的なモデルとされるイギリスより、パメラ・テラー教授をも招き、リスク評価と、司法精神医学教育について講演していただき、質疑等を通じて貴重な知見を得た。

本研究で得られた成果の概要は、以下の通りである。

①我が国には、全国各地に、通常精神医療では対応しきれない、自傷他害行為を繰り返す事例が数多くみられること。

②精神医療の現場では、事故や再犯が予期されるような場合でも、制度や施設、マンパワーなどの不足によって、それを予防できないような事態が生じていること。

③根本的な対策として、我が国も欧米諸国と同様の専門的治療制度・施設の整備が必要であること。

④「心神喪失者等医療観察法案」の施行に備えて、司法精神医学・医療の教育システムを急ぎ整える必要があること。

⑤触法精神障害者処遇の実務の上で、極めて重要な意義をもつ、「リスク評価の判定法」と、「人格障害の治療法」については、イギリス等、司法精神医療先進国との交流を密にし、研修の機会を増して、専門家の育成を急ぐべきこと。

これらの成果に基づいて、改善策について提言を行った。

1. 山上 皓：精神障害を有する犯罪者の新たな処遇を考える。 犯罪と非行 No.131:4-22, 2002
2. 山上 皓：精神障害を有する犯罪者の処遇をめぐる問題点。 日精協誌 21:43-46, 2002
3. 山上 皓：精神障害者と犯罪。 秋元波留夫著「実践精神医学講義」p884-899, 文化評論社, 2002
4. 司法精神医療の実現が精神医療充実の第一歩—触法精神障害者の追跡調査結果が語るもの— 月

刊東京 227号: 11-15, 2002

5. 山上 皓: 欧米諸国の精神障害犯罪者対策に学ぶ—精神障害犯罪者対策はいかにあるべきか, ノーマライゼーション 2002(9):28-31, 2002

6. 山上 皓: 精神鑑定と処遇との関連—司法精神医療の確立を視野に入れて 季刊刑事弁護 32:34-37, 2002

7. 山上 皓: 触法精神障害者処遇の在り方—司法精神医学の立場から, 現代刑事法 No. 44:24-29, 2002

触法精神障害者処遇実務研究会 報告

(第3回司法精神医療研究会)

平成13年度には、群馬県立医療センターおよび福岡県立太宰府病院において2度に亘って触法精神障害者処遇実務研究会を開催したが、平成14年度は、引き続き、熊本県立こころの医療センター（花輪昭太郎院長）において、第3回触法精神障害者処遇実務研究会を、開催させていただいた。同日のプログラムの概要は、下記の通りで、事例検討に加え、新法「心神喪失者等医療観察法案」の施行に備えての実務上の論議も為された。事例検討では、熊本県立こころの医療センターに加え、近隣各県において触法精神障害者の困難な治療と取り組む医療チームより事例が呈示され、治療と処遇の在り方について活潑な討論がなされた。

参加した専門家は、研究班員およびその関係者に加え、熊本県内精神科医、精神保健関係機関、警察、検察、保護観察所等関係者、その他九州関係者等、総計100人ほどに達した。

第3回触法精神障害者処遇実務研究会プログラム

平成14年8月10日（土）熊本県立こころの医療センター

I. 熊本県立こころの医療センターにおける重大犯罪を犯した精神障害者への医療

○はじめに 「本院における経緯と、心神喪失者等医療観察法案」（同院院長） 花輪昭太郎

1. 「任意入院中に傷害事件を起こし、即日措置入院になった一例」（同院医師） 大塚 直尚

2. 「重大犯罪を犯した精神障害者への関わりと現状」（同院看護師） 永木 勝博

3. 「急性期病棟における重大犯罪を犯した精神障害者に対するレクリエーション活動」

（同院作業療法士） 平田 雅裕

○指定発言「ご報告を伺って一岡本台病院での経験から」 栃木県立岡本台病院 堀 彰

II. 処遇実務の検討—関連諸領域の専門家を交えて—事例紹介と意見交換

1. 「触法患者の地域事例」 福岡県立医療センター太宰府病院 藤川 尚宏

2. 「放火・盗みをくり返し、行為障害と判断された一例」 山口県立病院静和荘 小林 孝吉

3. 「完全有責にて服役後措置入院となった一例」 鹿児島県立始良病院 山畑 良蔵

4. 「覚醒剤乱用等で少年刑務所に入所した後、当院に措置入院で16年間入院していた男性のケース」 長崎県立大村病院 松永 文保

5. 「合併症をもつ触法精神障害者例の処遇に関して」 宮崎県立富養園 小川 泰洋

○追加報告「触法精神障害者に対する専門的処遇開始の意義」 東京医科歯科大学 山上 皓

III. 新たな法制度の下での課題

1. 「危険性の評価をめぐって」 東京医科歯科大学難治疾患研究所 岡田 幸之

2. 「新法の解釈と運用をめぐる諸問題」 京都学園大学法学部 川本 哲郎

3. 「新法の下での医療の在り方をめぐって」 群馬県立精神医療センター 武井 満

○指定発言 東京都精神医学総合研究所 五十嵐 禎人

国立精神神経センター武蔵病院 吉川 和男

IV. おわりに

ご挨拶

厚生省精神保健福祉課

閉会の辞

松本 義幸 課長

I. 熊本県立こころの医療センターにおける重大犯罪を犯した精神障害者への医療

【はじめに】

重大犯罪を犯した精神障害者の治療について—本院の経緯、「心神喪失者医療観察法案」からみて—

熊本県立こころの医療センター 花輪 昭太郎

わが国では、司法精神科医療は全く未整備のままです。精神障害者による数々の不幸な事件が生じて、何故事件が起きたのかという要因の解明はなされず、殺人等による入院者の実態も不明であり、行われている治療についての情報もありません。

本院は、県立病院として、一般の精神障害者の治療と同様に、重大犯罪を犯した精神障害者にもみられる、いわゆる「難しい患者」の継続治療を実践してきた。「難しい患者」すなわち *Difficult patient* は、欧米では内容的に *violent, dangerous, problem, aggressive* あるいは *unrewarding* といった意味合いで使用されていますが、この「Difficulty」という言葉の曖昧さそれ自体が、まさに問題の本質、すなわち精神科臨床における「難しさ」の多様性や疾患のみならず人格発達、生活環境、治療システムとの相互作用など、様々な要因の複合を表しているといえます。

われわれは、経験上、生育歴に問題を抱え、生活様式として示威的行動、脅し、暴力等を交渉の手段としてきた患者で、易刺激性、易興奮性を示す状態の者を「難しい患者」としてとらえており、とくに治療スタッフとの関係上の障害を問題にしています。根気強い治療を続けると、このような状態は、治療可能あるいは回復可能となる場合が多いが、患者それぞれに問題を有していて治療の現場では苦勞が多いのです。

では、何故本院が、不十分ながらこれらの患者の治療を行い得ているのでしょうか。

- 1) 医師が熱意、指導性に富み、患者や職員から信頼されている。精神科医療や県立病院の医療が如何にあるべきかということの認識と実行。看護職員はじめ他職員との協力関係が良いのです。
- 2) 医療環境が良好です。ハード面を含めて病院が明るく活気があり、自由に意見が言えます。至適入院や開放的処遇に心がけています。(平成13年度の平均在院日数は137.3日と短く、同年度末の5年以上の長期入院者は9.2%と極めて少ない。)直接患者に接しない部門の職員も社会復帰や生活支援に理解があります。職員間の協力関係が比較的良く、多職種による共同作業が多く、職員団体の協力も良いのです。
- 3) 重大犯罪を犯した患者の治療は県立病院の役割として当然(他病院では診られない?)という認識を有している。看護部門の協力が大きいのです。
- 4) 治療空間の広さ、保護室・廊下、デイルームなど構造面での工夫をしています。
- 5) 熊本県精神科医療の土壌。熊本精神科病院協会との良い協力関係を保っています。このようなことがあげられます。

本院の医療は、重大犯罪を犯した患者の治療について重要な示唆を投げかけていると思われる、今後、十分なマンパワーのもとでの専門治療とリハビリテーション、開放化処遇、地域でのサポートシステムが国に望まれます。

I-1. 任意入院中に傷害事件を起こし、即日措置入院になった一例—司法と医療の関わり

熊本県立こころの医療センター 大塚 直尚

◎司会 次は、「報告」と題しまして、当センター各スタッフより報告をいたします。最初に、「任意入院中に傷害事件を起こし、即日措置入院になった一例」ということで、熊本県立こころの医療センター医師大塚直尚から報告いたします。

○大塚 当初予定していた演題と、若干内容が変わりました。その理由は、午後のセッションで、私が最初予定していたものと似たような症例の報告がありそうだとということと、つい1週間前に入院の手続の中で、とても印象に残る症例を経験しましたので、こういった演題にさせていただきます。

☆スライド：症例について、経時的にまず報告をいたします。症例は54歳の男性です。生活歴、既往歴ですが、6人同胞の3番目で、中学卒業後製材所で働いたが、左手を負傷し退職。その後、ダンプ運転手、重機運転手などをしていたが、どれも長続きしなかった。

昭和43年に20歳で結婚し3子があるが、昭和53年に離婚し、子供は祖父母に育てられた。子供らは、ほとんど一緒に生活したことがなく、病前生活や生活状況の情報はほとんどない。大酒家で、酒を飲むとわがままな性格だったと言われていたが、素面のときは問題なかったということです。昭和59年、酩酊の上、橋から転落して右側頭部を打撲し、血腫除去術を受けました。

☆スライド：病歴です。昭和50年、27歳ごろから断酒したときに人影が見えて怯えたり、小動物幻視があり、県南のいくつかの精神病院に入退院を繰り返した。昭和61年に、酩酊の上、外科病院で看護婦が雑談しているのを見て、「自分の悪口を言っている」と言って、刃物を振り回し、A警察に保護され、その後も「暴力団が自分の指を切った」と話し、B病院に入院形態は不明ですが入院になっています。2カ月後に退院しましたが、直ちに泥酔して暴れたため、A警察に保護され、熊本市内のC病院に精神分裂病、慢性酒性中毒の診断で措置入院しました。

平成12年に県南のD病院に転入院、これは任意入院でした。今回の事件まで入院中であった。入院中、他患者の物品を盗むなどの問題行動はあったが、幻覚、妄想などは見られなかった。

平成14年5月に外出したおりに、16年ぶりに飲酒して酩酊状態で帰院し、保護室を10日間使用され、その後閉鎖処遇となっていたが、特に問題行動は見られていなかった。本年8月2日午前、友人の面会があり、すきを見て離院しました。

☆スライド 事件の概要について、24条通報書の方からまとめました。

○同日2時ごろ、精神病院の医師から、「庖丁所持の男をつかまえているので来てください」と、A警察に110番通報があり、警察が関係者に問い合わせたところ、D病院に入院中の患者が、病院を無断退去し、同病院のT医師が発見し、声をかけたところ、突然庖丁を取り出し、T医師に切りつけ、手掌の腱を切る怪我を負わせ、逃走したことがわかった。傷害事件として捜査し、午後5時半ごろ、付近のアパートの陰に、庖丁を所持したままうつ伏せになって潜んでいた被通報者を発見し、銃刀法違反で現行犯逮捕した。逮捕時に、被通報者は庖丁を自分の胸に当てて、「俺は死ぬ」と怒号するなどしたため、そのまま放置すれば精神障害のため、さらに自身を傷付け、また他人に害を及ぼす恐れが極めて高いと認めるものであるということから、24条通報がなされ、措置診察命令が出された。

夜間でしたので、管内で精神保健指定医が見つからず、警察、保健所職員に伴われ、移動しながら民間病院に当直中の指定医2名に措置診察を受け、それぞれ精神分裂病とアルコール依存症、人格障害とアルコール依存症の診断で要措置となり、午後11時前に当院に到着しました。☆スライド 当日のニュースで取り上げられました。これは、地元のフジ系列のテレビ局ですけれども、かなり長くといいますか、きちんとした映像でニュースになっていました。

☆スライド 翌日の地元の新聞ですが、このような形で記事になっております。警察犬やヘリコプターが出て、かなり大騒ぎの捕り物があったようでした。

☆スライド 当院でのやり取りの概要をお話します。保健所職員2名と、警察官4名に伴われて来院。家族は、子供2名が同伴していた。本人は穏やかで、診察中も訥々と質問に答えていた。

<どんなことがあったのか？>

朝から外出して、友人に会いに行った。T医師に見つかりもみあい、橋を渡って右に曲がった所で先生に会って、後ろから車でプッとされて、車から降りてきた。捕まえられて、「病院に帰って」と言われた。後ろから押さえつけるので、「エイッ、クソ」と思って、カッとなって、持っていた庖丁を出してちょっともみあって、相手が見えたときに傷付けた。後のことは見ずに立ち去った。

<どういう気持？>

一瞬だったもので、しまったと思う。退院するならきちんとしろと言われたと思うので。

<その後は？>

警察が犬と一緒に来て「おったー」と言うのが聞こえた。自分も腹を刺すつもりだった。

<どうして刃物を持っていたのか？>

自分でもわからない。家に行ったときに入れた。10時ごろ、それから友人の所へ行く途中先生に会った。

<もし、T医師に会わなかったら？>

病院を出たから、警察に連絡が行くと思っていた。警察が来て捕まっていた。

<これから先は？>

病院で一からやり直そうと思う。

<その言葉がほかの人から信頼されると思うか？>

(無言)

<どうしてこうなったか、自分に説明ができるか？>

(無言)

<どうやって解決していくのか？>

先生には悪かったと思う。

こうして、当院の急性期病棟に措置入院になりました。

☆スライド： 本症例を通じて考えさせられたことが3点ありました。

○第1点は、任意入院であったという事実が、あまりにも軽んじられているのではないかということです。精神病院とはいえ、自己の意思による入院であり、一般病院に自由入院している状態と大差はない。一般病院に入院中の患者が傷害事件を起こした場合、直ちに24条申請がなされるであろうか。通常であれば、取調べが優先されるであろう。精神病院に入院中の患者ということで、判断にバイアスがかからなかったと言えるだろうか。措置診察命令が出されるまでに、このような背景を十分考慮すべきではなかったか。また、このような形で患者が措置入院になった場合、前の病院に対して任意入院の判断が妥当だったか、という疑義が生ずる余地があり、民事裁判で管理責任を問われる可能性も出てくるのではないか。

○2番目に、犯罪を犯し、24条通報がなされたケースの措置診察をする場合、無意識のうちに2つの次元の異なる内容を混同して判定していることに気づかされました。被疑者の犯行時の精神状態と、逮捕後取調べをするに当たっての精神状態です。

犯行時の精神状態は、刑事の精神鑑定が担当すべき案件とも考えます。仮に当面の取調べに差し支えがないという判断で非措置になっても、被疑者は直ちに世間に戻るわけではありませんから、措置診察で先取りして、犯行時の精神状態まで判断する必要はなく、あくまでその時

点の精神状態の評価のみでよいのではないかと考えました。措置入院に至る、いわばドタバタの中で、患者の責任能力まで判断するのはとんでもない勇み足であって、重大な人権蹂躪になるのではないかと考えました。

○3番目、犯罪を犯し、24条通報がなされたケースでは、精神医療はあくまで被疑者が正当に審判を受けることをサポートする、というスタンスで警察に協力するのが原則と考えました。ですから、措置入院といえども審判に耐え得ると考えるレベルに軽快した場合は、警察に再度対応してもらうべきであると思います。

そのためには、入院時に精神医療が請け負う内容と、治療のゴールを明確にし、退院が見込まれる場合は、その後の対応を警察との間で話し合っておく必要があると考えました。

以上、つい最近の事例ですけれども、いろいろ考えさせられたことがあったので、本日発表させていただきました。ありがとうございました。

◎司会 ご質問があれば、受けたいと思います。

●吉川 国立精神・神経センター武蔵病院の吉川です。庖丁を手にしたいちばんの動機が重要だと思うのですが、どうして本人は庖丁を手にしたのでしょうか。

○大塚 細かい理由まで、担当医が違うものですから私は確認していません。記録の中では、まだ話していないということでした。その後この1週間の経過では、警察のほうで取調べの続きがあるわけではありませんでした。この後聞いていきたいと思うのですけれども、ちょっと聞こうとしても、まだあまり語りたがらないという感じでした。

●武井（群馬県立精神医療センター） 追加なのですけれども、要は24条通報でそういうケースが入ってきたというのは、実際はいっぱいあって、我々も困ってなんとかして警察に戻したいのですけれども、絶対に逆コースはないのです。措置診察で入ってしまえば病院が責任を持って見るほかない、という仕組みがあります。

もう一つ追加ですが、この事件は警察が立件していません。検察庁に上がっていないということです。この事件は、なかったことになっていると思います。おそらく、これで梨のつぶで終わりです。警察は何も対応しないと思います。事件としてもなかったから、精神障害者の事件としては、何も検察庁に上がっていません。即ち、犯罪白書には、この事件は載りません。要は、こういうことはいっぱい起こっているけれども、実際には統計には載っていないということをお願いしたいのです。

●来住 県立岡山病院の来住です。平成13年度に、岡山では6件、一旦入院を受けてからの逮捕がありました。実際は覚醒剤が5件ですが、そのうちの1件は分裂病の可能性もある殺人です。殺人であれば可能性があると思います。25条通報よりも、24条通報のほうが扱いが難しいというか、医療と司法の楔分けが難しいです。

この件は、いま事例提示を聞いた範囲では、やはり司法だろうというか、意識の欠損、あるいは異常体験、その他の要素はなさそうですから、通常の保健所と警察署との信頼関係がどうなのか、というところがいちばんのポイントなのではないかと思っています。

I-2. 重大犯罪を犯した精神障害者への関わり—看護の視点から

熊本県立こころの医療センター 永木 勝博

◎司会 2番目は、「重大犯罪を犯した精神障害者への関わりと現状」と題して、熊本県立こころの医療センター看護師の永木勝博からご報告いたします。

○永木 「重大犯罪を犯した精神障害者の関わりと現状」について報告いたします。

はじめに、当センターにおいては、熊本県の精神医療の中核的な役割を担っており、重大犯罪を起こした精神障害者も受け入れています。その中で、看護師は最も身近で、日常的に関わりを持つ職種として、時に心理的重圧を感じながらケアに当たっています。医師に対する日々の関わりの中で、今後の重大犯罪を起こした精神障害者に対するケアのあり方と、現状を踏まえた考察と、今後の展望についてここに報告します。

入院の患者の状況です。表1、表2をご覧ください。措置入院の患者さんは、年間10名程度急性期治療病棟が受け入れ、その中で重大犯罪を起こした患者さんの入院は年間1～3名ほどとなっています。

表1 措置患者入院状況

年 度	全入院患者数	措置患者入院数 (内数)	重大犯罪者入院数 (内数)
平成13年度	498	8	8
平成12年度	557	11	11
平成11年度	560	11	11
平成10年度	506	10	3

表2 重大犯罪を起こした患者一覧

N.º.	年齢	性別	触法内容	病 名	入院形態	入院期間	転機/退院先
1.	68	男	殺 人	精神分裂病	措置入院	1年4月	入院中
2.	74	男	殺 人	老年期精神病	措置入院	1年6月	入院中
3.	50	男	殺 人	精神分裂病	措置入院	11年4月	入院中
4.	64	男	殺人未遂	精神分裂病	措置入院	1年3月	入院中
5.	62	男	殺 人	覚醒剤中毒後遺症	措置入院	4月	入院中
6.	45	男	傷 害	精神分裂病	措置入院	8月	入院中
7.	62	女	死体損壊	精神分裂病	措置入院	1年4月	退院・自宅
8.	28	女	放 火	精神分裂病	措置入院	2月	退院・自宅
9.	50	男	殺 人	アルコール依存症	措置入院	1年4月	退院・自宅
10.	55	女	放 火	精神分裂病	措置入院	8月	退院・グループH
11.	37	男	傷 害	精神分裂病	措置入院	1月	退院・自宅
12.	41	男	傷 害	精神分裂病	措置入院	1月	退院・自宅
13.	57	男	殺人未遂	進行性核上麻痺	措置入院	1年10月	死亡退院
14.	45	男	殺 人	精神分裂病	措置入院	1年	死亡退院
15.	36	男	放 火	精神分裂病	措置入院	2月	入院中

入院後の処遇については、隔離室からの行動制限から始まります。病状が落ち着けば、閉鎖一般病室(4人部屋)へ移ることになり、犯罪を起こしていない患者さんと生活をしています。他の患者さんとトラブルになりそうなときは、速やかに介入し、そのときの振り返りを一緒に行い、本人の持つ問題をフィードバックし、自己洞察を促しています。そのため、人間関係の取り方や、社会生活を養う目的で、病棟内でレクリエーションやSSTなど、集団で行う治療

活動に参加を促したりしています。家族に関しては、面会もほとんどないケースが多く、治療者側からの働きかけがなければ、疎遠になりがちです。死んでもらいたい、関わりたくないという声を聞くことがあり、訪問や連絡を取り、患者の情報を提供しています。また、家族の思いを、少しでも本人が感じ取れるように、本人へもフィードバックしています。

事例紹介：現在入院中の重大犯罪を犯している2つのケースを紹介します。

Hさんは、現在50歳の男性です。今回は、通りがかりの妊婦をナイフで殺害し、措置入院となりました。入院から現在までの約10年間、隔離室で行動制限中です。他の患者さんと交流を持てるように、昼間は時間的な開放をしていますが、テレビのチャンネルを勝手に変更したり、自分がいつも座っている場所に他の患者さんが座していると、「どけっ」と威圧的な言動、態度が見られます。自分の言動や行動を振り返るように伝えますが、にらみつけ、威嚇するような態度が見られ、一歩踏み込んだケアができないでいます。

事件について触れると、ムシャクシャしていた、人を殺せば刑務所に行ける、殺人は10年したら娑婆に出られる、俺はなんで退院できんのかと、全く悪びれた様子もなく話をします。精神症状は落ち着いてきていますが、本人が持っている質的問題と、他の人を傷付けはしないかというスタッフの不安で、行動制限の緩和は一進一退している状況です。

次のNさんは、73歳の男性です。隣の男性が毒をもっていると被害妄想を持ち、自分で制裁を加えようとサバイバルナイフで殺害し、措置入院となりました。看護の方の面接の中で、自分の行った行為については、「相手がしなかったらこういうことはしなかった。自分の人生はついとらん。」と、もらしています。また、最近では退院要求が強くなり、審査を受けましたが、入院継続の判定がなされ、いまま入院を続けています。

考察：重大犯罪を起こした患者を看護していく上で、次の問題点が挙げられる。

1つ目は、短期的な目標を持つことはできますが、長期的なことや、大切なことなど先の見通しが立たず看護しづらいことです。一般に犯罪を犯し、刑の審判が下されれば刑期が確定します。ですが、入院した場合はそうではありません。これは、処遇改善の判断が医師の判断に委ねられ、明確な法的基準がない結果と言えます。退院はいつになるかと聞かれたとき、目標があることは患者さんと医療者側にとってプラスになると思います。現在の法律は、はっきりしたものがなく、精神科医療と司法の連携、協力が今後の大きな課題となると思います。

2つ目は、再犯の恐れです。患者同士がトラブルになり、傷付け合うことや、不満や妄想で看護師へ暴力を振ったりすることもあり、事故にまで発展する危険性もあります。これには、ある程度短期的な予測はつくので、常に患者の心理的状態や、行動を把握し、慎重に対応する必要があります。

再犯の恐れは、社会復帰する上でも障害になっています。今後、この人たちは同じことを繰り返さないということを誰も予測・保障はできません。社会から隔離する手段として入院となっているのも事実として捉えなければならないと思います。入院治療している犯罪を起こした患者さんの情報が、正確に伝えられていないということです。地域住民、あるいは被害者の家族に不審感を残したまま理解が得られず、偏見や受入れを悪くしていることにつながっていると思います。それを少しでも解消するために、犯罪を起こした精神障害者が、どのような処遇や治療がされているか、情報を公開することが必要であると思われます。しかし、人権やプライバシーの保護の問題もあり、今後の課題として検討していかなければならないと考えます。

3つ目は、看護する場合に、犯罪者ということで陰性感情が生ずる。看護するプロとして、犯罪行為自体を憎んでも、患者さんを憎まず、恐れず、ケアをする必要があることはわかっています。しかし、このような治療への意識が低く、自分の欲求や希望は高い患者さんとなれば、私的感情が芽生え、看護する上で消極的な働きかけしかできない場合が多くなる。ここでは、看護者の持っている偏見や、恐ろしいという不安を克服し、安心して一歩踏み込んだ関わりを持つこと。患者の持っている両面を見られるような、多角的で、本質的に捉える視点が必要に

なると考えます。

そのために専門的知識と、技術を習得し、看護者のレベルアップを図ることや、病院全体としての取組みの強化、コメディカル・スタッフとの連携と協力、マンパワーが充足していかなければならないと考えます。

まとめ。重大犯罪を起こした精神障害者が目標を持てるためにも、精神障害者への偏見をなくす。社会復帰するためのサポート、体制の整備、法の整備が課題となっている。看護の関わりとしては、何ら変わりのない1人の精神障害者として捉えなければなりません。ただ、犯罪を起こしているという点については、本人にフィードバックする必要があると思います。それには、職に絡んだ対象の治療プログラムの早期作成、そして個別やグループでの精神療法、…自分を振り返る機会を提供していかなければならないと考えます。現在、患者さんの病状や、生活の背景などさまざまにありますので、どの段階で導入していくかを模索検討している状況であります。以上で終わります。

◎司会 何かご質問がありましたらお願いします。

●山上 退院の確保等の見通しが難しいということでしたけれども、いまの社会ではちょっと難しいのでしょうかけれども、どういう条件を整えば、そういう難しい人でも支え、社会復帰させられる……とか、そういうことを普段している看護を通して感じていることを聞かせていただけますか。

○永木 基本的ないつ退院ができるのか、という部分では具体的にはっきりしたことが、看護でも……言えないです。病院の中での関わりの中では何もない。ちゃんとやっているのではないかと、という部分は感じられるのですけれども、これが社会に出て、まずリハビリテーションをする段階で、社会でのリハビリテーションができないです。ハード面も含めてリハビリテーションができる、訓練ができる部分があれば、本人の自信にもなるでしょうし、一方外に出た関係の中でのリハビリテーションをすれば、若干判断もできるのではないかと、というような気がいたします。

それから、犯罪を犯しているということで、地域住民の人たちに関しては、怖いというイメージがあります。実際現場で働いている私たちもそうなのですけれども、またやりはしないだろうか、という不安も持っています。全くわからない人、地域に出たら、マスコミでも言われていますけれども、結構犯罪を大きく捉えられて、またその障害者が来たらそういうことをしないだろうか、というのは誰でも思っているのではないかと。その辺の出方をどういった形で払拭していくか、というのが今後望まれていくのだらうと感じています。

●西原 国立療養所菊池病院の看護師をやっています西原です。触法患者さんに関わっていて大変だろーと思えますけれども、先ほどもあったように、実際に常識に欠けて、訓練意識に乏しくて、要求・要望だけは高いという患者さんを、どうしても看護師として関わるわけで、…環境がなかなか……。先ほど、専門性を高めていくようなことが必要だろーとおっしゃっていましたが、具体的に何かそういうところであれば教えていただきたいと思えます。

○永木 いまのところは考えていません。まだ、そこまでは考えていないのですけれども、陰性感情をなくすことは難しいと思えますけれども、本人が持っている良い面を見つけてやる、受け入れてやる、そしたらその辺は若干払拭できるのではないかと、日ごろはそのように関わりを持っています。よろしいですか。

○サカイ ……国立病院のサカイです。一度事件を起こしてしまった人が社会に受け入れられるときに、周辺の人々の不安を払拭するために、ある程度のデータがあるだろーと思うのです。つまり、入院治療を受けた人の大半は再犯する可能性というか、危険率はこの程度ですよ、というようなデータは何かありますでしょうか、どなたかお持ちでしょうか。

○永木 私は持っていませんけれども、うちの病棟の看護師長から一度伺ったことがあります。

健常人よりは、再犯を犯す件数は少ないという話を聞いたことがあります。そのデータに関しては把握しておりません。それは、誰かに振ったほうがいいですか、

●吉川 諸外国では、そういうデータを出しているところもあります。特に性犯罪者に関しては、治療効果がどれだけ再犯率を下げるかという説明をすることはありますけれども、ただ、本当にその治療効果が純粋に再犯を下げたのかどうかというのは、非常に客観的に特定することは難しいというジレンマはあるわけです。そういう治療努力によって、そういったものが下がった、ということは確かに示していくことは重要なことだと思いますが、これは非常に困難な作業であることは確かです。ただ、世界ではいまそういった努力がされているのですが、我が国ではゼロです。再犯を防止するための治療と評価は、ほとんどされていないのです。

●山上 関連してですけれども、地域社会が怖がっているような人でも、なんとか治療して社会に戻される努力をして、この前武井先生がいろいろ努力されて経験しておられるということですが、その辺でいまの問題についてコメントをいただければと思います。

●武井 再犯率を見ていないのではないかという話ですが、後で話を出すつもりなのですが、20 何名抱えていて、それで基本的に私の所は病院で長期置かないで、ちゃんと帰そうと。そういう中で、どうしても駄目という人が 20 何人中 5 名以下です。中には、その限界があって、これはその患者さんと付き合っ、病院医療の限界点で、それ以上のことは病院はできない、というのがあります。それを統計的に処理するというのは、おそらくきちんとした数字は、病院ではされていると思います。群馬県 200 万人の地域ならば、大体どのぐらい患者がいて、退院の後どうだということは大体しているのですけれども、非常に危険な患者さんが、実際に地域に出て……ということは現実にはあまり起きないです。

◎司会 地域の不安を取るために何かあればお願いします。

●武井 地域社会に対しては、いまのところは特別なことはしていません。ただ、病院に見学、その他に入ってきてもらって、見てもらうということで、私は、まず地域で施設をつくるときに、患者は安全ですよ、という言い方をしたけれども、今は言いません。患者は危険ですよ。だけれども、やらざるを得ないんです。そういう論理……いき方は、ここはリハビリなので、もうとてもじゃないですという感じで。やはりいちばん問題なのは、地域社会に向かって、もう二枚舌は通らないと思います。

○___ ちょっとずれるかもしれないのですが、確かに病院の看護師の方が陰性感情と言われたのですが、私は……患者さんに対する臨床回数がいちばん少ない。ですから、確かに陰性感情というのを何によって世の中にそうしているのかを見直すのは、とても重要なことだと。外から見てみるとわかるのです。それは、一体どうしてそんなふうになっていくのか、もう少し研究が必要です。

それから、いま退院の件について、安全性という話がありましたけれども、この患者さんが自分の隣に住むということになったら、退院を許可しますかと言われたときに、どのぐらい経過すると「うん」と言えるのでしょうか。でも、もしそれを許可できるとしたら、どんなケースかという、治療……どんな治療かという、ストレスを受けたときに、それがきちんと処理ができるような、そういうしっかりとした自分のストレスに関しての処理ができるような、そういう状況に落ち着いていると、たぶん「うん」と言えるのだらうと思います。

これは、類推でしか話ができないのですが、隣に村上先生がいるのにアルコールのことを例に出すのはちょっとおこがましいことですが、人が自分の問題について、本当に繰り返さないというのを、それだってサポートを受けないとなかなかできないことではないか。アルコールの患者さんが自分の問題について考えていくときには、周りからのサポートがどうしても必要です。それを受けて支えられながら、そして、それを一旦決心しても、それを守っていくのは非常に難しいと思いますから、本質がもし暴力とかそういうことであれば、暴力性の問題であれば、そういうことをサポートできるシステムがないと、やはり退院はさせられな

いと思います。でも、一般にはそういう人がすべて治療を受けているかというと、いまの日本ではとても、そんな自分の暴力性を否定したまま生きている人はたくさんいますので、そういうことで全部普遍化するのは非常に難しいことだと思います。

もう一つは、例えば病気で殺人を犯すのか、精神分裂病、統合失調症で殺人を犯すのか。病気は一つの要因だけれども、その暴力性観念、暴力を手段として持つために、こんな事件を犯すのか、非常に単純な類推ですけれども、暴力をうまくコントロールできないのは、それは、病気はただ一つの要因にすぎない。いろいろなことを学ぶことができなかった、つまり要因にすぎないのではないかと最近では考えるようになってきました。

ですから、先ほどの治療のパーセントみたいな話しになったけれども、きちんとした治療のシステムができていないのに、きちんとした治療ができていないのに、再犯率がどのぐらいなのかというのは、もう少し吟味されていいのではないかと思います。

1-3. 急性期病棟における重大犯罪を犯した精神障害者に対するレクリエーション活動

熊本県立こころの医療センター 平田 雅裕

◎司会 3番目は、「急性期病棟における重大犯罪を犯した精神障害者に対するレクリエーション活動」と題しまして、熊本県立こころの医療センター作業療法士の平田雅裕から報告いたします。

○平田 急性期病棟で、レクリエーション活動と作業療法活動を担当している平田です。ガイド等ないのですけれども、……簡単にご報告させていただきます。

当院で、急性期病棟レクリエーション活動について、社会復帰課に所属しています平田です。これには入っていないのですけれども、当院には作業療法士が3名おりまして、オバタと2人で大体関わっております。あと、スタッフに関しましては、活動に大体平均3名ほど病棟に関わっているかと思えます。

(開始した、きっかけ)：まず、急性期病棟でOT (Occupational Therapy =作業療法) 活動のアクティビティの中で、いちばん治療効果が少ないと言われているレクリエーションをあえて活動として導入したきっかけというのを話します。

まず1番に、日ごろ当院のソーシャルセンターといいまして、1階が精神科デイケア、2階は大体OTのテパートメントになっています。そこでのOT活動に、急性期病棟から何名かが、ほとんど毎日活動として来られているのですけれども、そういったOT活動に、日ごろほとんど参加がない患者さん、その中には、重大犯罪を犯した患者さんも含め、措置入院の患者さんで、物理的にソーシャルセンターのほうに出ることができない、こういった患者さんに対して、OT活動を受け入れられやすい形で促していくということが、1点挙げられます。

2点目は、レクリエーション活動を通して、日ごろ病棟のスタッフの方々も苦勞されていると思うのですけれども、コミュニケーションの取りづらい患者さんとの交流をより図るため、また、患者さん同士の交流を促したりするためにも、一応レクリエーション活動がいちばん最適ではないかということで、行っております。

3点目は、レクリエーション活動の本来の目的であります、フラストレーションの発散や、毎日生活していて、楽しさ、ゆとりといった感情面における安定性の獲得といったことを中心に、多少のOTのアクティビティの中では、レクリエーション活動がいちばん適当ではないかということで、最初は導入いたしました。

(開始後の経過)：急性期病棟で、このレクリエーション活動を始めたのは平成10年11月からです。今年の12月で4年を迎えます。その頻度ですが、病棟において週1回、一応毎週水曜日の午後1時半から正味90分の時間でレクリエーション活動をしております。現在3年半ちょっと経過しているのですけれども、当初から比べると内容はだいぶ様変わりしました。

最初のころは、いろいろな仕事を試行錯誤の中で行ってきたのですけれども、その内容というのはスポーツ活動、屋内用のベタンクとか、卓球とかのレクリエーション。普通の老人保健施設などでも行っていますけれども、ペットボトルのボーリングだとか、フリージングとか、ボールを使ったゲームの類だとか、その他娯楽活動、映画鑑賞、カラオケ、フォークダンスなどがあります。

映画鑑賞とかカラオケは、普通のテレビを使ってでやりますと、どうしても参加率が悪くなります。テレビ画面は小さいですし、先ほどのスライドに出ましたように広い場所ですから、そういった中でテレビでやっても、非常にこじんまりしてしまいます。

それでは、どういうふうに行っているかと申しますと、画面の大きさはこれぐらいの液晶ビジョンで、カラオケはレーザーディスクをつないで、映画鑑賞のときはビデオやDVDをつな

いでやっています。

そのほかにも、いろいろ季節感を伴ったいろいろな活動を茶話会として、タコ焼きを現場で実演を兼ねて調理しながら、患者さんにやってもらったりしたこともあります。かき氷とか、綿菓子もやったことがあります。食べ物系統は非常に高い参加率を集めてやれるかと思えます。こういった、いろいろな種目をいろいろ試しながら、なるべく種目が偏らないように注意しながらずっと行ってきました。

ここには書いてないのですが、当院においては複数の看護学校から実習ということでワンシーズンぐらいですけれども、たくさんいらっしゃいます。その看護学生のノルマとして、レクリエーション活動が急性期病棟に入ります。2週間ほどずついらっしゃるのですが、看護学生のノルマというところで、レクリエーション活動をします。それを、年に数回ぐらい、看護学生がみんなて計画されたレクリエーションをやってもらうこともあります。それはそれで、私どもの行うレクリエーションとは違った刺激で、若い方を中心にされますので、長期入院の患者などは特に喜ばれるかと思えます。

(現行の主な種目): 以上のようなレクリエーション活動をやっている中で、現在においては患者の希望、参加率を上げるためなどにより、種目がある程度絞られてきます。いま現在、主に多くの頻度で行っている種目をここに挙げておきました。

ペタンクというのは、ご存じかと思いますがフランスで生まれた球技です。本来は屋外で、鉄球を砂場で目標に近づけるといいます。2つのチームに別れて、3人対3人ぐらいで行います。別に、5人対5人でもゲームはできます。ルールが非常にわかりやすく単純、けど内容はとても面白い。そのような点で知的能力も含め、患者を選ばない、非常に優れた活動ではないかと思えます。

それから映画鑑賞です。先ほどスライドにありました、小さいほうのデイルームで主にやっています。なぜそこでやっているかという、病棟の中でいちばん暗い所がそこなのです。本当は部屋をカーテンで閉め切ってやるのがいいのかもしれませんが、入りやすさやオープンな活動なので、病棟の中の皆さん方の参加しやすさで、デイルームでやっています。映画に関しては、ここに書いてあるように幅広い年齢層を満足させることができるのは、「男はつらいよ」がいちばんです。一応、人情味溢れる寅さんの世界を家族愛など、非常にうまく表現してあります。そういったものを重大犯罪を犯したような触法精神障害の患者が見られて、何か思い出されたのか、ポロポロと涙を流されて見られているという場面も、活動中に何回かお見受けしました。

カラオケは同じく、液晶ビジョンを使って暗い所でやります。

以上、この3つの活動が急性期病棟では人気ベスト3の活動です。実際、使っている頻度もいちばん多いです。

(効果): 続いて、この急性期病棟でレクリエーション活動を開始してからの触法精神障害などの措置入院患者を中心に見られた変化・効果を以下にまとめてみました。

まず1点目、既存のOT活動に全く参加のない患者にとって、閉ざされた病棟の中での週に1回の楽しみとしての病棟レクリエーション活動を待ち望むといった、高い意欲が変化として見られるようになりました。これは措置入院の患者に特に見られることで、よほどのことがない限り、参加率はほぼ全員参加ということになっています。急性期病棟では、ほかのOT活動に出られる患者も大勢いらっしゃるのですが、特に措置入院の患者の方の参加率がとび抜けて高いかと思えます。

2点目は、この病棟に関わっているOTスタッフとのコミュニケーションなどが活動を通じて見られるようになったり、コミュニケーションの少ない患者の会話量が増えたり、活動中の患者同士の会話が増えたり、明らかな変化が見られています。

3点目、病棟レクリエーション活動がきっかけで、既存の社会復帰課にあるOT室への活動の導入が可能となったケースも見られます。

4点目、レクリエーション活動の取り組み方が意欲的な内容に変化した。内容は見学が多かったものが、実際に参加するようになった。参加している時間も、このレクリエーションを導入当初は5分で自室に戻られるとか、やっている最中に10回ほどトイレに行かれたりとか、煙草を吸いに行かれたりなどありました。それが集中時間が増えてきます。それに伴い落ち着きも改善されたり、患者の活動中の表情などが穏やかになってきたり、スタッフにいろいろ訴えをされてきたり、コミュニケーション量が増加したりということが見られるようになりました。

最後は患者のほうから、このレクリエーション活動の種目に関して、リクエストが出るようになってきました。内容はさまざまなのですが、ヤクザものの映画をしてください、カラオケを最近やっていませんよとか、私どもが行う活動についていろいろご意見をされるようになりました。

今後の課題としては、いままで取り組んだことがないような新しい種目の導入とか、年間や月間のプログラムの確立をしていったり、やっている種目別の効果をこちら側でまとめて、その効果の判定なども考え直す必要があるのではないかと考えています。そもそもリハビリテーションでは、障害を持った人がその訓練の基準点ということで、触法精神障害患者に限らず、残された良い能力に目を向けていくことがリハビリテーションの基本概念とされています。私どもも急性期病棟のレクリエーション活動にとどまらず、本来ならOT部門に来てもらって、ある程度クローズドの活動なども導入したいというジレンマがあります。現在やっているレクリエーション活動から4年経過して、また一步前に進んだ、次の新たな段階づけ、一步上の治療をやっていかなくてはならないと痛感しています。

最後に病棟スタッフとうまく連携し、病棟スタッフとは違った視点で患者に刺激を与え続けていくことで、治療者としてやはり愛情を注いでいかなければならないと感じています。

ちょっと簡単で、つたない話だったのですが以上です。ありがとうございました。

◎司会 ありがとうございました。お一人方だけご質問を受けたいと思います。どなたか、質問のある方はおられますか。

●山上 閉鎖の病棟でという条件があるのですが、もっとスペースがあればとか、こういうものがあればこういうものが出来るのにという、「したいもの」と「出来ること」の限界を感じられることがあるのではないかと思います。どういう点で、こういうことがあればこういう可能性というように考えていらっしゃるのでしょうか。そのような思いをされる機会があるとすれば、教えていただきたいと思います。

○平田 まず場所の問題です。本当はOT室とか、社会復帰課のほうに物理的にもいろいろなものがそろっていますので、そちらでやりたいのです。しかし、現状では病棟でやるという条件のもとで考えなければならないことを考えると、先ほどスライドにあったように、病棟の中には中庭などもありますので、いまOTでもてはやされている園芸療法などがあります。次にやるとすれば、プランターなどを病棟に持ち込んで草花を育てるとかがあります。いま現在、病棟ではウサギが飼育されているのですが、動物を育てるなど、自然に触れ合うようなものを病棟の中に持ち込むというのが1つ、いままでやっていないことで、とりあえずできることではないかと頭の中で考えています。

音楽活動なども考えています。一応、音楽鑑賞などもやってみたのですが、楽器を利用するなどというのはやはりそれぞれの趣味という問題もありますので、小グループで活動をやるとなってくると、どうしてもそれに加われない人たちというのが出てきます。治療効果を考えたとき、やはりレクリエーションとは別に小グループを設けていかなければいけないのかなという感じはしています。よろしいでしょうか。